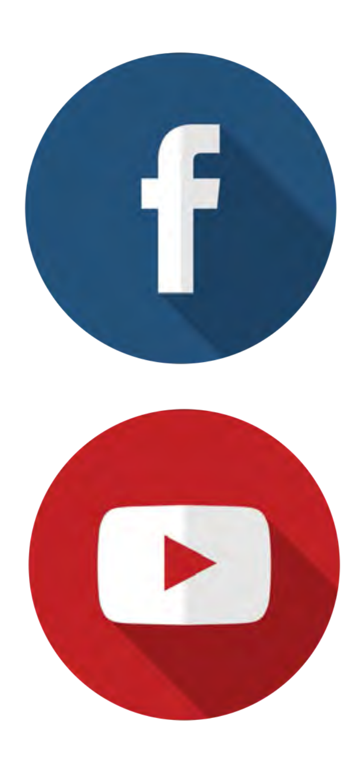
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







Exacerbations de BPCO

HCA

Les étapes à suivre

1. Reconnaître l'exacerbation
2. Apprécier sa gravité
3. Rechercher les facteurs déclenchant
4. Traiter
5. surveiller

Définitions

- **Consensus : Aggravation prolongée de l'état d'un patient atteint de BPCO, à partir de l'état stable et au-delà**
- **des variations quotidiennes normales, d'apparition brutale et nécessitant une modification du traitement habituel.**

(Toute aggravation des symptômes respiratoires qui nécessite le recours à une corticothérapie orale, des antibiotiques ou les 2 et/ou une hospitalisation due aux symptômes respiratoires).

- ***Exacerbation***: aggravation de symptômes cliniques existants ou apparition de nouveaux symptômes sans signes de gravité majeure.
- ***Décompensation:*** c'est une exacerbation sévère qui met en jeu le pronostic vital.

1. Diagnostic d'une exacerbation

- **Critères diagnostiques d'Anthonisen: origine bactérienne de l'exacerbation nécessitant une antibiothérapie)**

-augmentation du volume de l'expectoration
-modification de l'expectoration devenant "purulente" (de jaune foncé à vert)

-apparition ou majoration d'une dyspnée (baisse de la tolérance à l'effort)

Type-1 : présence des trois symptômes : origine bactérienne très probable.

Type-2 : 2 des 3 facteurs présents .

Type-3 : 1 des 3 facteurs présents + au moins 1 des facteurs suivants :
-Infection des VAS dans les 5 derniers jours
-Fièvre sans autre cause
-Sifflements plus importants
-Toux plus importante
-tachycardie

2. Diagnostic de gravité

On distingue 3 niveaux de sévérité des exacerbations

- légère : simple modification du traitement inhalé
- modérée : intervention médicaale avec antibiothérapie et/ou corticothérapie systémique
- sévère : hospitalisation

Signes cliniques de gravité

- ***troubles ventilatoire :***
- dyspnée de repos, FR > 25/min.
- cyanose, SpO_2 < 90 %,
- Signes de lutte, respiration abdominale paradoxale,
- toux inefficace .

- ***troubles cardiovasculaires :***
- tachycardie > 110/min,
- troubles du rythme,
- hypotension, TAS< 90 mm Hg ou TAD < 60mmHg
- marbrures, œdèmes des membres inférieurs ;

- ***troubles neurologiques*** : agitation, confusion, obnubilation, coma, Astérix.
- ***Les signes gazométriques de gravité immédiate***
  associent hypoxémie sévère < 60 mm Hg,
  hypercapnie > 45 mm Hg et acidose ventilatoire (pH < 7,35).
- ***Evolution*** :
  installation ou aggravation rapide.
  absence d'amélioration sous traitement.

LE TERRAIN : Facteurs de risque : *les sujets à risques de décompensation respiratoire grave- décompensations d'une tare associée ou de faire une infection à BGN hors H.influenzae*

Plus la maladie de fond est sévère, plus le risque de décompensation grave, potentiellement mortelle, est élevé.

Sont considérés comme à risques*, les sujets ayant l'une des caractéristiques suivantes :

1. VEMS < 30 % en état stable.
2. Hypoxémie de repos (< 60 mmHg [8 Kpa]).
3. Exacerbations fréquentes (≥ 4/an).
4. Traitement corticostéroïde de long cours.
5. Comorbidité(s).
6. Antécédents de pneumonie.

3. Rechercher les facteurs déclenchant

1. ***Infection bronchique:*** environ 70 % des exacerbations sont de nature infectieuse bactérienne, virale ou mixte

Les bactéries les plus fréquentes :

- *H. Influenzae et para influenzae*
- *S. Pneumoniae*
- *Moraxella catarrhalis*
- *Chlamydia pneumoniae*
- *plus rarement: pseudomonas aeroginosa et enterbacteries gram négatifs*

2. ***pollution***
3. ***cause non idenfiée***

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DE L'EXACERBATION

PNO

Embolie pulmonaire

Décompensation d'une cardiopathie gauche associée.

Prise de sédatifs

Abus de diurétiques

4. Traitement

- ***But:***
- ***Moyens:***
  - ***Oxygénothérapie***
  - ***ATB***
  - ***Bronchodilatateurs***
  - ***Corticoïdes***
  - ***Kinésithérapie respiratoire de drainage***
  - ***AUTRES***
- ***indications***

Traitement de l'hypoxie

Indication : $SaO_2 < 90$ % ($PaO_2 < 60$ mm Hg)
But: $SaO_2 > 90$%.

- *L'administration d'oxygène à faible débit (que l'on qualifie souvent d'oxygénothérapie « contrôlée »)*

Doit être commencée dès le début de la prise en charge.

Elle peut se faire au moyen d'une sonde (0,5 à 3 L/min) ou à l'aide d'un masque.

Les bronchodilatateurs

- ***Voie inhalée en ambulatoire.***
- ***En nébulisation si gravité.***
  - ***Beta 2 mimétiques.***
  - ***Anti cholinergiques.***
  - ***Association.***

Corticoïdes

- *Voie systémique*
  - *Peros 0,5 mg/kg/j sans dépasser 40 mg/j de courte durée(de 5 à 14 jours)*
  - *Voie parentérale 1 à 3 mg/Kg/j de méthylprédnisone.*
  - *Voie inhalée : pas de place*

ANTIBIOTIQUES

- *amoxicilline,macrolides ou C3G orales ou pristinamycine.*
- *amoxicilline+acide clavulanique ou C3G ou nouvelles FQ*

- *dose: 3 g/j .La durée de traitement est de 7 jours.*

Toujours réévaluer cette décision après 48 à 72 heures.

ATB : Quels sont les critères d’indication de l’antibiothérapie ? (SPILF 2006 ++) : selon l'évaluation en dehors de toute exacerbation(l’état de base)

- ***BPCO stade 1 ou absence de dyspnée d’effort à l’état de base :*** *pas d’antibiothérapie initiale.*

- ***BPCO stade 2 ou3 ou dyspnée d’effort à l’état de base:*** *antibiotique seulement si expectoration franchement purulente ou présence de comorbidités : amoxicilline,macrolides,C2G ou C3G orales ou pristinamycine.*
- ***Exacerbation avec signes de gravité, BPCO stade 4 ou dyspnée au moindre effort ou dyspnée de repos ou exacerbateurs fréquents*** *:*

  antibiotiothérapie systématique : amoxicilline+acide clavulanique ou C3G ou nouvelles FQ .
- *dose: 3 g/j .La durée de traitement est de 7 jours.*

Toujours réévaluer cette décision après 48 à 72 heures.

Indications à l'antibiothérapie / Choix de l'antibiothérapie

Stade clinique de gravité de la BPCO évalué en dehors de toute exacerbation
(En absence d'EFR connus / Résultats EFR connus)

1. **Absence de dyspnée ou** VEMS > 50% Pas d'antibiotique

2. **Dyspnée d'effort ou** VEMS < 50% Antibiothérapie seulement si expectoration franchement **purulente verdâtre**

Amoxicilline ou céfuroxime-axétil ou cefpodoxime-proxétil* ou céfotiam-hexétil* ou macrolide ou pristinamycine ou télithromycine 1

3. **Dyspnée au moindre effort ou dyspnée de repos ou** VEMS < 30%
Antibiothérapie systématique + recherche des autres causes d'exacerbation de la dyspnée

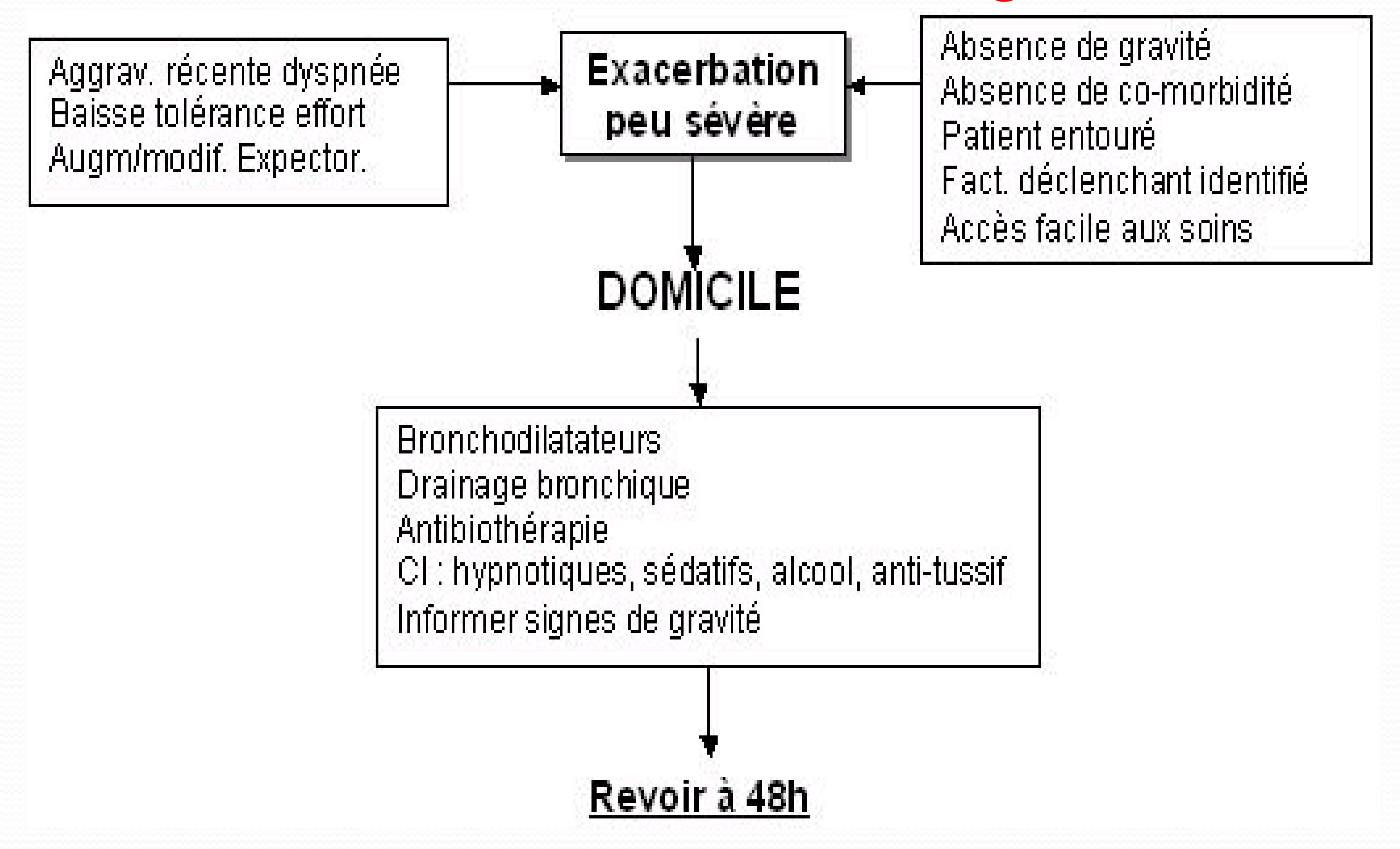
Amoxicilline/acide clavulanique ou C3G injectable (céfotaxime ou ceftriaxone) ou FQAP (lévofloxacine)2

Autres moyens (fonction de l'étiologie)

- *Héparinothérapie en cas d'embolie.*
- *Drainage en de PNO.*
- *Traitement de la décompensation cardiaque.*

CONDUITE A TENIR

Exacerbation de BPCO sans critère de gravité



Exacerbations grave: Décompensation

Critères d'hospitalisation

- *Signes cliniques de gravité.*
- *Aggravation majeure de la dyspnée*
- *Co-morbidité importante- facteurs de risque.*
- *Patient non entouré*
- *Patient inobservant*

CAT EN CAS DE DECOMPENSATION

- *Bilan: gazométrie artérielle, téléthorax (facteurs déclenchant et diagnostic différentiel) ,ECG.*

  le reste selon facteurs déclenchant suspecté:

  FNS,echocoeur,angioscanner ou scintigraphie pulmonaire.

- *Rechercher facteurs déclenchant et le traiter.*

(voir indication de l'antibiothérapie)

- *Libérer les voies aériennes.*
- *oxygène à faible débit sous contrôle de la saturation.*
- *Bronchodilatateurs (B2mimétiques+anti cholinergiques)en nébulisation.*
- *Corticothérapie per os ou parentérale.*
- *Anti coagulation préventive: lovenox s/c.*

INDICATIONS D’ADMISSION EN REANIMATION

- En présence d’un signe de gravité , un contact est pris avec la réanimation.

- La présence de signes neurologiques ou d’une instabilité hémodynamique impose l’admission en réanimation.
- Une défaillance multivisc érale impose l’admission en réanimation.

INDICATIONS DE LA VNI

- *Décompensations de BPCO avec acidose respiratoire avec PH < 7,35.*

- *La VNI doit toujours privilégier à une à intubation endotrachéales car l'échec de la VNI ne s'accompagnent pas d'une surmortalité.*

VENTILATION NON INVASIVE (VNI)

LA Bipap





Indications absolues d'intubation et de ventilation immédiate

- Arrêt cardiaque ou bradycardie extrême < 30/min.
- Apnée ou bradypnée extrême < 8/min
- État comateux.
- Agitation extrême.

Prévention

- *Arrêt du tabac et éviction des polluants.*
- *Soins des portes d'entrée: dentaires, ORL…*
- *Vaccination antigrippale annuelle+++(réduit de 50% les exacerbations).*
- *Eviter la dépression du centre respiratoire par certains médicaments.*

- *Bonne PEC de la BPCO. : traitement adéquat avec éducation thérapeutique du patient +++*